Osakidetza

OPE 2011

OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko; 1699/2011 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 216 Zkia. 2011ko azaroaren 15ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución nº 1699/2011, de 28 de octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216; de 15 de noviembre de 2011)

KATEGORÍA: FAK. ESP. NEFROLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO NEFROLOGÍA

1. ariketa / 1º ejercicio

Lehengo proba eguna / Fecha primer ejercicio:

24 de marzo de 2012

Osakidetza

OSAKIDETZA

CATEGORIA: **Nefrología**

Fecha prueba: 24 de Marzo de 2012

1.- **Cuántas nefronas contiene un riñón humano sano**

a) 30.000-100.000
b) 600.000-1.400.000
c) Difícil porque las nefronas se reproducen
d) La nefrona no es la unidad funcional

2.- **En condiciones fisiológicas, en qué parte de la nefrona la reabsorción del Na y Cl es mayor**

a) Asa ascendente de Henle
b) Túbulo contorneado distal
c) Tubo contorneado proximal
d) Es igual em todas partes

3.- **A qué nivel de glucemia aparece glucosuria con un GFR normal**

a) 200 mg/dL de glucosa plasmática
b) La glucosa plasmática no se filtra por ir ligada a las proteínas
c) Con GFR normal nunca hay glucosuria
d) No existe dintel del Tm de glucosa

4.- **La hormona antidiurética juega un papel importante en la concentración urinaria activando el receptor (V2R) y aumenta la permeabilidad de los túbulos colectores a través de la aquaporina 2 (AQP2). En la diabetes insípida nefrogénica secundaria (DINS) los canales de AQP2 están reducidos. ¿Qué respuesta no es correcta**

a) Por litio
b) Por uropatía obstructiva
c) Por Insuficiencia cardiaca congestiva
d) Por hipercalcemia

5.- **Un paciente está deshidratado por aspirado gástrico intenso. ¿Cuál de las respuestas no es correcta?**

a) La concentración de Na y K urinários logicamente están muy bajos
b) El bicarbonato Na en plasma está elevado
c) La renina y aldosterona están elevadas en plasma
d) La concentración de Cloro urinário es muy baja

6.- **La distribución del K+ intracelular/extracelular depende de varios factores En las siguientes respuestas hay una que no es correcta**

a) Insulina
b) Catecolaminas
c) Estado del equilíbrio acido-base
d) El exceso de PTH

7.- **Un paciente con Insuficiencia cardíaca tomando diuréticos presenta hipopotasemia resistente ¿Cuál sería la causa más probable de la resistencia a la corrección de la hipopotasemia?**

a) Los diuréticos antialdosterónicos
b) Déficit de Mg
c) La toma de Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina
d) La enfermedad de Addison acompañante

8.- **Factores influyentes en el manejo tubular del Mg, todos intervienen menos uno**

a) Diuréticos del asa
b) Calcemia
c) Estrógenos
d) Cortisol

9.- **Los cilindros hemáticos se observan en las siguientes patologías, menos en una**

a) Glomerulonefritis
b) Hipertensión arterial maligna
c) Nefritis Intersticial aguda
d) Litiasis renal con hipercalciuria

10.- **De los siguientes parametros hay una respuesta que diferencia el Fracaso renal agudo pre-renal por deshidratación del shock cadiogénico**

a) Na urinario <20 mEq/L
b) Tensión aterial baja en ambos
c) Volumen urinário <de 20 mL/Hora
d) La presión capilar pulmonar

11.- La cristaluria por medicamentos es bien conocida ¿Cuál de los siguientes medicamentos no se conoce que formen cristales en la orina?

a) Amoxicilina
b) Ciprofloxacino
c) Sulfamidas
d) Furosemida

12.- Recomendación de Hemodiálisis intermitente en vez de de terapias continuas extracorpóreas en la insuficiencia renal aguda

a) Grandes quemados
b) Hiperpotasemia sintomática
c) Cirugía extracorpórea
d) APACHE >24

13.- En las siguientes patologias hay una en la que puede indicarse la Furosemida

a) Hipertensión arterial esencial leve sin complicaciones de órgano diana
b) Diabetes insipida nefrogénica
c) SIADH
d) Fracaso renal agudo pre-renal por deshidratación

14.- El tratamiento de la Diabetes insípida nefrogénica se usa una combinación de dos diuréticos

a) Amilorida+Tiazida
b) Tiazida+Furosemida
c) Espirolactona+ Butasemida
d) Triamterene+Furosemida

15.- Los depósitos inmunológicos glomerulares de localización intramembranosa son característicos de:

a) Glomerulonefritis aguda post-infección
b) Neuropatía IgA y rápidamente progresiva
c) Glomerulonefritis membranosa y mesangiocapilar tipo II
d) Glomerulonefritis mesangiocapilar tipo I e hialinosis focal y segmentaria

16.- **En las vasculitis sistémicas que producen glomerulonefritis asociadas, ¿cuáles afectan a vasos de calibre mediano?**

a) Crioglobulinemia mixta esencial
b) Poliarteritis nodosa
c) Granulomatosis de Wegener
d) Púrpura de Schönlein-Henoch

17.- **Entre los criterios histológicos de la glomerulonefritis focal y segmentaria, ¿cuál es de mejor pronóstico?**

a) Forma clásica
b) Forma celular
c) Forma colapsante
d) Forma perihiliar

18.- **Paciente de 21 años diagnosticado de glomerulonefritis focal y segmentaria con síndrome nefrótico persistente y sin respuesta a tratamiento corticoideo prolongado. A pesar de otras alternativas inmunosupresoras, desarrolla ERC progresiva, por lo que se orienta hacia TSFR y/o trasplante. Se solicita estudio genético con el resultado de varias mutaciones en el gen NPHS2. ¿Qué alternativa de terapia es más recomendable?**

a) Preparación para inicio de Diálisis Peritoneal
b) Inicio de Hemodiálisis con inclusión en programa de trasplante de cadáver
c) Trasplante de vivo
d) Rituximab

19.- **Paciente de 38 años con enteropatía por sensibilidad al gluten es remitido a la consulta Externa en relación a dos episodios de hematuria macroscópica, proteinuria de 1 g/24 horas, y creatinina inferior a 1,5 mg, sin otros datos relevantes. Ante la sospecha de glomerulonefritis IgA se confirma el diagnóstico con biopsia renal. ¿Cuál sería el tratamiento indicado inicialmente?**

a) Corticoides
b) Omega -3
c) IECA y/o ARA-II
d) MMF

20.- **Hombre de 40 años, raza blanca, acude por edemas en EE.II.. En la exploración física, además de los edemas, se objetiva TA normal, no refiriendo hematuria, artralgias ni dermopatías. No ADVP. En la analítica destaca Proteinuria nefrótica**

(6 g/24 horas). Sedimento: H 15 x c, dismórficos, creatinina 1,4 mg/%. VHC (+), VHB (-), VIH (+). Proteinograma con Alfa$_2$ y Gammaglobulinas aumentadas. Se realiza Biopsia Renal.
¿Qué patrón Anatomo-Patológico es menos probable encontrar?

a) Nefropatía IgA
b) Glomerulonefritis focal y segmentaria colapsante
c) Glomerulonefritis membranosa
d) Glomerulonefritis membrano-proliferativa tipo III

21.- **Paciente de 51 años con antecedentes de F. de Raynaud, disfagia y astenia reciente, acude a Urgencias por crisis HTA. Se confirma la presencia de HTA maligna con retinopatía grado III. En la analítica destaca anemia con esquistocitos y aumento de LDH. IRA, proteinuria superior a 3 g/24 horas y microhematuria. Diagnóstico de sospecha más probable.**

a) Glomerulonefritis rápidamente progresiva
b) PAN microscópica
c) Crisis de esclerodermia renal
d) Glomerulonefritis Goodpasture

22.- **El tratamiento con IECA y ARA-2 no está indicado en cuál de estas posibilidades**

a) Glomerulonefritis membranosa
b) Glomerulonefritis IgA
c) PAN clásica
d) Crioglobulinemia

23.- **La glomerulonefritis pauci-inmune es más frecuente**

a) En niños
b) Raza negra
c) Ancianos
d) VIH (+)

24.- **LES con anticoagulante lúpico (+) y presencia de embarazo precisa complementar su tratamiento con:**

a) IECA
b) Anticoagulación y/o anti agregación plaquetaria
c) MMF
d) Antimaláricos

25.- La forma que se afecta el riñón en el mieloma:

a) Glomerular, tubulointersticial.
b) Tubulointersticial, vascular y glomerular.
c) Vascular, Tubulointersticial.
d) Glomerular, vascular.

26.- Una vez iniciada la diálisis en la nefropatía diabética, debe prestarse especial atención para evitar la progresión de la retinopatía:

a) Control medicación y ejercicio.
b) Control glucémico y de la presión arterial.
c) Control de la enfermedad vascular periférica.
d) Control de la heparina.

27.- El trasplante combinado riñón-páncreas produce en los pacientes ¿Qué afirmación es falsa?:

a) Mejor calidad de vida: liberación de la diálisis y del tratamiento con insulina.
b) Normalización de la respuesta insulínica a sobrecarga de glucosa y secretina.
c) Estabilización y en algunos casos mejoría de la neuropatía diabética periférica y autonómica
d) Desestabilización de la retinopatía diabética.

28.- El síndrome hemolítico urémico es el conjunto de síntomas y signos clínicos y de laboratorio ¿Qué afirmación es falsa?

a) Insuficiencia renal y elevación de LDH
b) Anemia hemolítica microangiopática y compromiso renal.
c) Fracaso renal agudo sin anemia.
d) Trombopenia e insuficiencia renal

29.- Nefropatia isquémica. ¿Qué datos clínicos no la sugieren?

a) Hipertensión resistente en hombres mayores de 60 años con Asimetría renal
b) Fracaso renal tras IECA o ARA II

c) Crisis repetidas de HTA.

d) Hipertensión arterial, insuficiencia renal en pacientes con arteriopatia periferica o cardiopatia periférica.

30.- Indicaciones del MAPA, ¿cual es falsa?

a) Diagnóstico de la hipertensión.
b) Evaluación del tratamiento de la hipertensión.

c) Pronóstico de la hipertensión.

d) Investigación clínica y ensayos clínicos.

31.- La incidencia exacta de la Enfermedad Renal Ateroembólica no se conoce, debido a la variabilidad de presentaciones clínicas que se dan en esta enfermedad pero se sabe que ha aumentado en los últimos años debido a siguientes afirmaciones, ¿Cuál es falsa?

a) Menor o igual sospecha clínica.

b) Aumento de la supervivencia de los pacientes con enfermedad vascular

c) Uso de anticoagulantes

d) Aumento de procedimientos vasculares invasivos.

32.- La infección urinaria femenina no se relaciona con:

a) Actividad sexual
b) Clima.
c) Embarazos
d) Edad.

33.- En la pielonefritis de las mujeres gestantes no se empleará por su seguridad:

a) amoxicilina.

b) ampicilina.

c) cefalosporinas

d) trimetroprim

34.- La respuesta típica al Cinacalcet en un paciente en HD con PTH 710, Ca 9,9, y P

6,2 es:

a) Una reducción de la PTH del 10%, reducción de Ca del 10% y reducción de P del 10%.
b) Una reducción de la PTH del 70%, reducción de Ca del 10% y reducción de P del 10%.
c) Una reducción de la PTH del 40%, reducción de Ca del 7% y reducción de P del 10%
d) Una reducción de la PTH del 90%, reducción de Ca del 10% y aumento de P del 10%.

35.- **La enfermedad ósea después del trasplante renal:**

a) Los estudios prospectivos indican que la Vitamina D previene eficazmente la pérdida de masa ósea durante el año postrasplante, sin efecto en el GFR
b) El uso de Zoledronato en ciclo corto IV en el postrasplante inmediato preserva la masa ósea durante al menos 3 años postrasplante
c) Un ciclo corto de Zoledronato, pero no de Pamidronato oral preserva la masa ósea durante los seis meses postrasplante
d) El tratamiento con Vitamina D previene la desmineralización ósea pero se asocia a un aumento de la Creatinina.

36.- **¿Cuál de estas frases define mejor el tratamiento antihipertensivo indicado en la Poliquistosis renal del adulto (Autosómica Dominante)?**

a) No se ha demostrado que los fármacos escogidos influyan en el pronostico renal. Únicamente es importante lograr una reducción tensional por debajo de 130/75.
b) Dado que no suele haber proteinuria elevada, no hay motivos para elegir IECAs o ARA2 frente a otros antihipertensivos.
c) Como la HTA en la poliquistosis es volumen-dependiente, la terapia debe incluir diuréticos.
d) La terapia con IECAs no asociados a diuréticos mantiene la función renal mejor que los diuréticos no asociados a IECAs.

37.- **En la evaluación previa al consejo genético a una mujer de 24 años con antecedentes familiares compatibles con Síndrome de Alport, cuyo estudio clínico revela hematuria sin proteinuria, siendo el resto totalmente normal ¿cuál es la exploración más eficiente (coste-eficacia)?**

a) Examen de audición y oftamológico
b) Biopsia de piel con inmunohistoquímica del Colágeno-4
c) Biopsia Renal con microscopia electrónica
d) Análisis genético (mutaciones del COL 4 A-5)

38.- **¿Cuál de los siguientes fármacos se ha asociado con la glomérulo-esclerosis focal y segmentaria?**

a) Pamidronato
b) Alfa- Tocoferol.
c) Ranitidina.
d) Calcitonina.

39.- **Mujer de 64 años de edad, con artritis reumatoide, tratada con 400 mg de celecoxib dos veces al día durante 6 meses. Aparece edema y síndrome nefrótico con proteinuria de 4.5 g/día y Creatinina que aumenta de 0.8 a 2.4 mg/dl en dos semanas. La paciente no toma ninguna otra medicación y todas las pruebas serológicas son negativas incluyendo el complemento, ANA, y los marcadores de hepatitis viral y el HIV. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable en esta paciente**

a) Nefropatía membranosa
b) Nefritis intersticial aguda con mínimos cambios glomerulares
c) Glomerulonefritis membrano-proliferativa Tipo I
d) Glomerulopatía fibrilar

40.- **La enfermedad de Dent cursa con:**

a) Aminoaciduria, proteinuria tubular, hipercalciuria, nefrocalcinosis, síndrome de Fanconi y ocasionalmente Insuficiencia Renal
b) Fosfaturia, acidosis hiperpotasémica y raquitismo
c) Raquitismo resistente a Vitamina D con hiperfosfaturia
d) Acidosis tubular con Cataratas y nefrocalcinosis

41.- **En un cólico renal en un paciente con antecedentes de litiasis oxálica ¿cuál de las siguientes frases es mas correcta?**

a) Una Urografía intravenosa es más sensible y específica que un TAC helicoidal sin contraste
b) Un TAC helicoidal sin contraste es más sensible y específico que una Urografía
c) Una Urografía intravenosa es un 50% mas barata que un TAC helicoidal
d) La dosis de radiación recibida por el enfermo es superior en la Urografía que en el TAC

42.- **¿Mujer de 24 años que acude por presentar calambres musculares; los análisis objetivan alcalosis metabólica, hipopotasemia e hipomagnesemia. El estudio genético detecta mutación heterocigota compuesta inactivante en el gen del cotrasportador Na-Cl sensible a las tiazidas. ¿Cuál de los siguientes datos de laboratorio NO se corresponde con este síndrome?**

a) Calciuria 34 mg/24 horas
b) Cloro en orina 12 mEq/24h
c) Excreción fraccional de potasio 32 %
d) Excreción fraccional de magnesio 18%

43.- **¿Con respecto a la transmisión genética de la nefritis hereditaria -Síndrome de Alport- cuál de lo siguiente NO se corresponde con la variante de transmisión "ligada al cromosoma X"?**

a) Este patrón de trasmisión es el más frecuente en este síndrome
b) El padre no lo trasmite a los hijos varones
c) Las mujeres tienden a ser portadoras por la Lyonización

d) El análisis genético mutacional es sencillo por el escaso número de mutaciones

44.- Con respecto al tratamiento del paciente con litiasis renal cálcica es correcto que:

a) Reducir la ingesta de calcio disminuye la incidencia de litiasis.
b) Una dieta normal en contenido cálcico, poca sal de sodio y pocas proteínas animales reduce la incidencia de litiasis.
c) La torasemida se puede emplear para controlar la hipercalciuria idiopática renal.
d) Si coexiste hipocitraturia se debe administrar citrato, en forma de citrato trisódico.

45.- Para prevenir la nefropatía por contraste iodado, cuál es la recomendación universal que preconizaría

a) Expansión salina 2 horas antes de la exploración radiológica (NaCl 0,9%)
b) Expansión hiposalina (NaCl 0,45%) en 6 horas previas a la prueba
c) Administración de N-acetil cisteína antes y después de la administración del contraste
d) Evitar la deshidratación del paciente

46.- Paciente con enfermedad renal crónica estadío 4 (Filtrado glomerular estimado de 26 mL/min) alérgico al contrate iodado, en el que debe practicársele un estudio de imagen. ¿Cuál de los siguiente es correcto?

a) Con filtrado glomerular < 30 mL/min está contraindica la realización de Resonancia Nuclear Magnética (RMN)
b) Se puede utilizar cualquier quelato de gadolinio (Gd), especialmente los lineales iónicos, sin riesgo de desencadenar "fibrosis nefrogénica sistémica" (*NSF*)
c) Una urorresonancia (RM-Urografía) con secuencias en T2 puede realizarse sin administrar contraste de ningún tipo
d) Si se administra cualquier compuesto con Gd a este paciente, estará indicada una sesión de hemodiálisis para reducir el riesgo de *NSF*.

47.- Con respecto al envejecimiento y función renal es cierto que:

a) El flujo plasmático renal desciende un 10% cada 10 años, a partir de la tercera década de la vida
b) El deterioro progresivo se debe exclusivamente a la caída en el gasto cardíaco
c) La vasorrelajación se mantiene inalterada con la edad
d) El coeficiente de ultrafiltración glomerular capilar (Kf) aumenta con la edad

48.- ¿Cuál de lo siguiente considera FALSO con relación a creatinina y filtrado glomerular renal (FGR)?

a) La creatinina sérica en personas mayores es mal predictor del FGR y conviene emplear fórmulas de regresión para estimarlo.
b) El aclaramiento de creatinina desciende 0,8-1 mL/min por cada año a partir de los 40
c) La creatinina sérica puede no elevarse con la edad por pérdida de masa muscular
d) El aclaramiento de creatinina infraestima el FGR en ancianos

49.- En pacientes con enfermedad renal crónica (ERC):

a) Acontecen complicaciones cardiovasculares en la misma proporción que en la población general
b) Como la hipertensión arterial y la diabetes melitus son las principales causas de ERC, estas enfermedades justifican por si solas el aumento de incidencia de los eventos cardiovasculares
c) La ERC es un factor de riesgo independiente cardiovascular en poblaciones de riesgo
d) La presencia de proteinuria no es factor de riesgo cardiovascular independiente

50.- ¿En que rangos de los siguientes considera más apropiado mantener a su paciente con enfermedad renal crónica?

a) Ca 8.5-9,2 mg/dL; fósforo inorgánico (Pi) 4,5-5,5 mg/dL; Producto Ca*Pi <55 y PTH intacta > 300 pg/mL.
b) Ca 9,2-9,6 mg/dL; Pi 2,5-5,5 mg/dL; Producto Ca*Pi <55 y PTH intacta entre 100 y 200 pg/mL.
c) Ca 9,6 -10 mg/dL; Pi 3,5-5,5 mg/dL; Producto Ca*Pi <65 y PTH intacta <100 pg/mL.
d) Ca 10-10,5 mg/dL; Pi 5,5-7 mg/dL; Producto Ca*Pi =/>70 y PTH intacta =/> 400 pg/mL

51.- ¿Cuál de lo siguiente considera la principal causa de sangrado en pacientes urémicos?

a) Alteración en la vía intrínseca de la cascada proteica
b) Alteración en la formación de trombina
c) Interacción alterada de las plaquetas con el subendotelio vascular
d) Trombocitopenia

52.- Con respecto a las toxinas urémicas ¿Cuál de lo siguiente es correcto?

a) La creatinina procede de la degradación no enzimática de la creatina y es un potente tóxico
b) La beta-2 microglobulina es la única proteína retenida en la uremia que ha demostrado convincentemente producir daño
c) La beta-2 microglobulina y la Cistatina C son proteínas de entre 10 y 20 kDa que se filtran y se eliminan por orina sin reabsorberse
d) La urea es la principal causante de la toxicidad urémica

53.- Con respecto a la función neurológica en la uremia ¿cuál de lo siguiente considera FALSO?

a) La neuropatía es motora y sensitiva
b) Se diagnostica al estudiar la velocidad de conducción nerviosa
c) La velocidad se afecta desde estadios precoces de enfermedad renal
d) Habitualmente es subclínica

54.- Para tratar a un paciente con riñón de mieloma utilizamos una membrana de alto punto de corte (*High Cut Off*) de 2 m^2 y coeficiente de ultrafiltración 52 mL//(h*mmHg); pautando una ultrafiltración de 200 mL/h; 6 horas de duración; Qd 500 mL/min; Qb 300 mL/min. ¿Que mecanismo físico está mayoritariamente mediando en la depuración de la cadena ligera de inmunoglobulina?

a) Difusión Browniana mediada por la primera ley de Adolf Fick
b) Convección, mediada por gradiente de presión transmembrana (PTM) >100 mmHg
c) Filtración interna y retrofiltración de líquido de diálisis, con PTM próxima a cero
d) Adsorción y polarización de proteínas en los poros de la membrana

55.- ¿De las siguientes alternativas, que características microbiológicas del agua tratada y líquido de diálisis para "hemodiafiltración en línea" recomiendan las Guías de la Sociedad Española de Nefrología?

a) Ambas deben cumplir los criterios de "agua estéril apirógena" con un número de bacterias viables inferior a $1x10^{-6}$ unidades formadoras de colonias (UFC)/mL y endotoxinas < 0,03 UE/ml.
b) Ambas deben ajustarse a la Farmacopea Europea que exige: carga bacteriana < 100 UFC/ml y endotoxinas < 0,25 UE/mL
c) Se recomienda agua tratada altamente purificada o ultrapura con carga bacteriana < 0,1 UFC/mL y endotoxinas < 0,03 UE/mL y se exige líquido de diálisis ultrapuro con < 1 UFC/mL y < 0,03 UE/mL
d) Cualquier agua que se trate con doble ósmosis inversa se puede utilizar porque el concentrado ácido y el bicarbonato ejercen acción bactericida

56.- Cuando evalúa las especificaciones de una membrana de diálisis no es cierto que:

a) La membranas de alto flujo tienen elevada permeabilidad al água y coeficientes de ultrafiltración mayores de 12 ml/mmHg
b) Un coeficiente de ultrafiltración (Kuf) de 2 significa que la permeabilidad al agua es baja
c) Las membrabnas de hemodiálisis con valores de coeficiente de transferencia de masa menores de 500 deben usarse para hemodiálisis de baja eficacia
d) Las membranas de hemodiálisis de alta eficácia siempre tienen poros grandes permitiendo el aclaramiento elevado de solutos de alto peso molecular como La B2 microglobulina

57.- Evaluando La dosis y adecuación del tratamiento de hemodiálisis es cierto que

a) La dosis mínima para HD en régimen de sesiones semanles sería Kt/V igual o superior a 1,3
b) La dosis mínima para HD en régimen de 3 sesiones semanales sería de Kt/VE de 0,9
c) Las mujeres deberían recibir una dosis mínima de diálisis inferior a los hombres con un Kt/V igual o superior a 1,1
d) La frecuencia distinta a 3 dosis semanales no modifica las formulas empleadas de adecuación

58.- Varón de 44 años en HD CRONICA. Peso 103Kg. HD 3 días por semana y 4,5 horas por día. Acceso por FAVI con flujo de sangre en circuito 350 ml/min y flujo de dializado 600ml/min. Membrana de Polisulfona de alto flujo. La medición de KT/V urea por Formula monocompartimental de volumen es menos de 1.2. ¿Como conseguiríamos la mayor mejora en el Kt/V semanal de urea?

a) Aumentando el flujo de sangre a 400ml/min
b) Añadiendo un cuarto tratamiento semanal
c) Aumentando a 5 horas El tiempo de cada tratamiento
d) Añadiendo un dializador en paralelo al circuito de HD

59.- Considerando las diferentes modalidades de hemodiálisis es cierto que

a) La hemodiálisis del fracaso renal agudo debe ser continua porque la intermitente asocia más riesgo de mortalidad
b) La HD de alto flujo disminuye la mortalidad cardiovascular y global en los pacientes que llevan mas de 3 años en diálisis
c) No se benefician de HD con membranas biocompatibles los pacientes con amiloidoisis
d) La HD de bajo flujo o convencional usa mecanismo de acción convectivo

60.- Respecto al depósito de C4d en biopsia de trasplante renal no es correcto

a) C4d es un fragmento de C4 que se produce durante la activación de la vía clásica del complemento
b) Los depósitos de C4d causan un daño severo en el injerto renal
c) El depósito de C4d en los capilares peritubulares se correlacionan con AC circulantes donante específico
d) El C4d es altamente estable y persiste en la superficie celular durante períodos prolongados de tiempo

61.- En la evaluación del receptor para trasplante renal es cierto que

a) La hialinosis focal y segmentaria recidiva en 30% de los receptores por lo que se contraindica el trasplante en los pacientes con estudio genético negativo
b) La ecocardiografía de estrés con dobutamina negativa parece tener el mayor valor predictivo negativo para la enfermedad arterial coronaria
c) La ausencia de vejiga es contraindicación absoluta para trasplante renal
d) El hiperparatiroidismo severo tratado con de cinacalcet (60-90 mg/24 horas) es un indicador demostrado de la necesidad de paratiroidectomía postrasplante

62.- En el tratamiento de la hipertensión arterial del paciente trasplantado renal

a) Desaconsejaría IECA o ARA por su condición de monorreno
b) Aconsejaría inicialmente antagonistas del calcio por su probable efecto beneficioso probable sobre la perfusión renal
c) La ecografía Doppler del injerto le informa de posible estenosis de la arteria renal(>50%) y ondas parvus-tardus intrarrenal por lo que inicia betabloqueantes a dosis bajas
d) Aconseja al paciente ligar la FAVI precozmente

63.- **Paciente de 44 años y trasplante renal de 4 años de evolución. Nefropatía primaria glomerulonefritis membrano proliferativa tipo I en DPCA pretrasplante. Función renal inicial adecuada (Pcreat 1,2 mg/dl). A los 9 meses del trasplante recidiva de la enfermedad primaria (biopsia). Recibe tratamiento con tripleterapia (tacrolimus acido micofenólico y prednisona). Trás la recidiva recibió tratamiento con Rituximab en dos dosis de 1 gramo sin respuesta. Estado actual de sd nefrotico y Pcreat 2 mg/dl. Presenta un sd general de varios meses con febrícula y hallazgo de una adenopatia cervical que biopsisada muestra proliferación vascular atípica y compleja com células fusocelulares, figuras de mitosis, células atípicas positivas para CD31. ¿Qué marcador viral espera encontrar en la biopsia?**

a) Virus de Ebstein -Barr
b) Herpes Virus 6
c) BK polioma virus
d) Herpes Virus 8

64.- **En las siguientes situaciones puede estar especialmente recomendada la Diálisis Peritoneal Automatizada, excepto en la siguiente:**

a) Inadecuación en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria transporte peritoneal bajo (lento)

b) Patología de la columna vertebral

c) Hernias intervenidas con riesgo de recidiva

d) Inadecuación en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria por hiperpresión abdominal

65.- **En un paciente en Diálisis Peritoneal que consulta por efluente peritoneal turbio es falso que**

a) Para facilitar la resolución del cuadro es recomendable evitar intercambios con permanencias de corta duración

b) Si el recuento de leucocitos en el líquido es mayor de 100 /mm3 se diagnosticará peritonitis y se deberá iniciar tratamiento antibiótico empírico

c) Podría deberse a quiloperitoneo por calcioantagonistas

d) Si en el líquido aparecen abundantes hematíes y el recuento de otras células es menor de 100/mm3, el tratamiento empírico incluirá Fluconazol por la posibilidad de peritonitis fúngica

66.- **Respecto a la implantación del catéter peritoneal, es falso que:**

a) Son preferibles los catéteres de dos manguitos respecto de los de un solo manguito.

b) La salida del catéter en dirección caudal y por debajo de la zona de implantación puede reducir la incidencia de peritonitis.

c) No existe indicación demostrada para la profilaxis antibiótica con Vancomicina.

d) Es preferible que el manguito interno del catéter quede colocado en la cavidad peritoneal y el manguito superficial cerca de la superficie cutánea, a unos 2 cm. del orificio de salida.

Respuestas correctas del primer ejercicio
Lehenengo ariketaren erantzun zuzenak

A10241	FAKULTATIBO ESP. NEFROLOGIAKO MEDIKUA
A	FACULTATIVO ESP. MÉDICO NEFROLOGÍA

Z/Nº	Erantzuna/Respuesta
1	B
2	C
3	A
4	C
5	A
6	D
7	B
8	D
9	D
10	D
11	D
12	B
13	C
14	A
15	C
16	B
17	B
18	C
19	C
20	B
21	C
22	C
23	C
24	B
25	B
26	B
27	D
28	C
29	C
30	C
31	A
32	B
33	D
34	C
35	A
36	D
37	B
38	A
39	B
40	A
41	B
42	B
43	D
44	B
45	D
46	C
47	A
48	D
49	C
50	B
51	C
52	B
53	C
54	C
55	C
56	D
57	(Anulada)
58	B
59	B
60	B
61	B
	Reserva
62	B
63	D
64	A
65	D
66	D

Osakidetza

OPE 2011

OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko; 1699/2011 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 216 Zkia. 2011ko azaroaren 15ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución nº 1699/2011, de 28 de octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216; de 15 de noviembre de 2011)

KATEGORÍA: FAK. ESP. NEFROLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO NEFROLOGÍA

2. ariketa / 2º ejercicio

Bigarren proba eguna / Fecha segundo ejercicio :

24 de marzo de 2012

Caso clínico 1

Paciente de 39 años diagnosticado de Insuficiencia renal crónica secundaria a Glomerulonefritis crónica y desde hace 10 días en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua ambulatoria, puesto que conserva cierto grado de función renal residual se le prescribieron 3 recambios de 2 litros al día. Desde que comenzó ha aumentado de peso 3 Kg, han aparecido edemas y la tensión arterial mal controlada. Refiere estreñimiento de varios días de evolución. El drenaje de las bolsas es rápido hasta 1850 mL , después es lento y nunca drena más allá de los 2000 mL, haciendo balances peritoneales positivos de líquido.

1.-Diagnóstico diferencial del problema de drenaje

2.-Pruebas a realizar. En que orden. Resultados esperables.

3.-Abordaje terapéutico a seguir.

Caso clínico 2

Mujer de 65 años que ingresa por fiebre, dolor abdominal y pérdida de fuerza en las cuatro extremidades.

Antecedentes Personales: hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo (Levotiroxina).

Desde hace un mes cuadro de malestar general con sensación distérmica, fiebre de hasta 39ºC, dolor abdominal difuso y vómitos episódicos. En las semanas siguientes astenia severa, artralgias y pérdida progresiva d fuerza e las cuatro extremidades. Tras ingreso cuadro de disartria, hemianopsia izquierda y paresia facial de instauración ictal con bradipsiquia.

En la exploración física: TA 170/95. Hipoventilación en base pulmonar derecha. Dolor periumbilical sin peritonismo. PPR bilateral negativo. EE.II. sin edemas.

Exploración Neurológica: Hemianopsia, paresia facial. Tetraparesia distal. Arreflexia generalizada. Imposibilidad a la marcha.

En la analítica destaca:

Hb 11 g/dl, creatinina 2 mg/dl, FA 435, GGTP 134, LDH normal. PT 5,2, albúmina 1,9. Serología Hepatitis B, C y VIH (-)

Proteinuria de 1,4 g/24 horas. Sedimento 50-60 x c.

Ccr 18 ml/min.

Hemocultivos y urocultivos (-)

ANAS antiDNA (-)

TAC y Rx Tórax AP-L: no hallazgos significativos.

EMG: polineuropatía axonal sensitivo-motora severa y asimétrica

1. ¿Qué pruebas solicitamos para completar el estudio y confirmar el diagnóstico valorando el orden cronológico?

2. ¿Qué hallazgos esperamos obtener de las mismas y a qué diagnóstico llegamos?

3. ¿Cuál sería el tratamiento que considera más correcto?

CASO CLÍNICO 3

Varón de 59 años que recibe un trasplante renal de donante cadáver en 2007 por nefropatía de etiología no filiada y con antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y dislipemia. En el momento del trasplante su serología era:

Citomegalovirus ac.IgM	Negativo	
Citomegalovirus ac.IgG	Positivo	
Epstein Barr VCA ac. IgG	Positivo	
Epstein Barr VCA ac. IgM	Negativo	
Hepatitis virus B core ac.	Negativo	
Hepatitis virus B ac.S cuantif	27.3	mUI/mL
Hepatitis virus B Ag.S	Negativo	
Hepatitis virus C ac.	Negativo	
Herpes simplex virus I-II IgG	Positivo	
VIH ac.- Ag p24	Negativo	
Varicela zoster ac.IgG	501	mUI/mL

El motivo de ingreso en el año 2012 fue la realización de un cateterismo cardíaco por prueba de esfuerzo positivo. Tras colocación de *estent* coronario y doble antiagregación presentó hemorragia digestiva. La exploración endoscópica gastro-duodenal fue normal; realizándose tomografía axial computarizado. Como hallazgo se encontró imagen intestinal, en fundus gástrico y en injerto compatibles con linfoma. La biopsia de la masa resulto compatible con LINFOMA DE BURKITT, siendo CD19, CD20, CD79 CD10 y BCL6 positivos, (negativas para CD3, CD5, CD23, CD43, BCL2, Ciclina D1 y TdT). El índice de proliferación Ki67 resultó muy próximo al 100%. Ajustándose a variante monomórfica postrasplante.

A las 48 horas de la biopsia comenzó con dolor abdominal, evidenciándose perforación a nivel de yeyuno (en uno de los implantes intestinales), por lo que se le intervino de urgencia, realizando resección intestinal y anastomosis término-terminal y resección de masa tumoral El paciente evolucionó favorablemente y se prosiguió su tratamiento.

1.- Enumere los cuatro factores más importantes para el desarrollo de linfomas en pacientes trasplantados renales:

2.- Que actitud terapéutica y profiláctica emplearía en este paciente: